Yo, **DARLING PALACIOS LOPEZ**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

**1. DATOS GENERALES**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA | **CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DEL ALTO MEDIO DAGUA** | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | **835001125-6** | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 76.26.20.465 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 28 (día) marzo (mes) 2020 (año) | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 1 (día) abril (mes) 2020 (año) | HASTA 30 (día) noviembre (mes) 2020 (año) | | RÉGIMEN TRIBUTARIO | **RESPONSABLE DEL IMPUESTO** | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 1 | DE | 4 |
| VALOR A PAGAR | $ 86.389.615,00 | EN LETRAS | OCHENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS MCTE | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE (día) (mes) (año) | HASTA (día) (mes) (año) | | | |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 180320 | 11 | C-4102-1500-18-0-4102002-02 | 162 | 02-02-02-009-002-01 | $ 85.038.400,00 |
| ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | 180320 | 11 | C-4102-1500-18-0-4102002-02 | 166 | 02-02-02-009-002-01 | $ 1.351.215,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA**

**2.2 INFORMACION BANCARIA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONSIGNAR EN EL BANCO: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | NÚMERO DE CUENTA | 216069994061 | TIPO DE CUENTA | CORRIENTE |

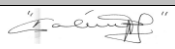
**3. OBSERVACIONES**

**4. ANTICIPOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR A PAGAR | $ - A | EN LETRAS | | | |
| AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - | CUOTA NÚMERO | | DE | |

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PAGO CORRIENTE** GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | | |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | $ | 86.389.615,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 86.389.615,00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 86.389.615,00 |

| SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL / SDG** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| DARLING PALACIOS LOPEZ | Profesional Designada Centro Zonal Buenaventura | Valle del Cauca | Buenaventura |  |
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| | | | | |
| **FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL** | | | | |
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| LUZ MABEL MELENDEZ RAYO | Apoyo a la Supervision Financiera Primera Infancia | Valle del Cauca | Buenaventura |  |

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **ÁREA** | **FIRMA** | **FECHA (dd/mm/aaaa)** |
| | | | |

| ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS | | | |
|---|---|---|---|
| **RECEPCIÓN DOCUMENTOS** | | | |
| **NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA** | FECHA DE RECEPCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
| | | | |
| **DEVOLUCIONES** | | | |
| NOMBRE QUIÉN DEVUELVE | FECHA DE DEVOLUCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
| | | | |
| **RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN** | | | |
| NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA | FECHA DE RECEPCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
| | | | |


LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012